69e Année. 11e Série. Tome I. N° 10 5 Mars 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : **F. DE RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Marcel BAUDOUIN.**

SOMMAIRE. — Bulletin : Un nouveau débouché pour les médecins, par Marcel Beaudouin. — Ophtalmologie : Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse, par Georges Desvaux (*Suite*). — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : *I. La Médecine. II. La Chirurgie.* — Variétés : Affaire Laporte. — Affaire Grimaux. — Faculté de Médecine : Concours d'Agrégation de Médecine interne. — Hôpitaux de Paris : Concours de l'Internat. — Nouvelles et Faits divers. — Bulletin bibliographique. — Petite Correspondance.

BULLETIN

Un nouveau débouché pour les Médecins.

Chacun sait avec quelle ardeur désormais le médecin, praticien ou journaliste — il n'y a nulle honte à avouer ses propres faiblesses —, se met à la recherche d'une place à appointements fixes, dès qu'il peut porter le bonnet de docteur. Question, non pas de mode, mais de besoin urgent, nos étudiants n'étant plus, comme jadis, les descendants cossus de bourgeois très aisés. Ce n'est pas aux bons français, mauvais juges, à critiquer ces tendances innées. Aussi bien y perdrions-nous peut-être nous-même, avec notre latin et notre temps, notre plume et notre gagne-pain! Acceptons donc, sans nous plaindre, la situation nouvelle et désastreuse qui est faite à tous les médecins de France; mais aidons-les, de notre mieux, puisque c'est là notre devoir, à leur trouver des débouchés nouveaux.....

Ce n'est pas, chez nous, chose facile, à l'heure où notre budget est fort en déficit, que de découvrir des fonctions auxquelles on n'ait point encore songé! En conséquence, si vous le voulez bien, étant à court d'idées *originales*, nous en emprunterons une, qui l'est beaucoup, aux Américains, qui n'en manquent jamais de cette catégorie! Vous jugerez de suite combien elle serait pratique, si l'on pouvait y avoir recours au moins dans nos campagnes, là où le médecin manque, sinon de bras rémunérés, du moins de clients rémunérateurs. Retenez donc bien ce qui va suivre...

M. Parker, de Cleveland, vient de présenter, à la législature de l'Etat d'Ohio aux Etats-Unis, un projet de loi, tendant à établir un *Conseil de revision à base médicale*, pour tout humain de n'importe quel sexe qui désire *se marier*. Voilà qui est clair et simple! M. Denis, député des Landes (1), obturez vos oreilles!

De même qu'on ne veut pas pour soldats des non-valeurs, impedimenta au moment psychologique, de même, on désire interdire les débats amoureux légitimes à ceux qui ne sont pas capables de procréer des enfants valides et sains d'esprit. Evidemment, une telle idée ne pouvait germer que dans l'esprit d'un Yankee; que dans un pays aux mariages faciles et aux « collages » inconnus; que dans une contrée où le système des dots n'est pas encore de règle! Mais passons, et voyons quel profit retirerait le médecin d'une telle organisation.

Ce *Conseil de revision matrimonial* serait composé de *trois médecins*, au dire de M. Parker, et un permis de mariage, plus ou moins analogue au bon de confession, serait délivré à chaque fiancé, moyennant la somme très minime de deux livres et demie. Honoraires peu élevés, sans nul doute. Cinq livres par séance! Il est vrai qu'on pourrait examiner plusieurs couples en une seule réunion. Mais vous devinez d'ici à quels pots de vins pareils conseils pourront donner lieu, au pays des chèques par excellence! Une milliardaire, amoureuse d'un prince européen, — les reines américaines n'épousent plus des bergers ou des

(1) M. Denis est célèbre dans le monde médical depuis le jour où il a déclaré, à la Chambre, que désormais les médecins, comme les vétérinaires, étaient aujourd'hui *trop savants*. Il en est pour les remèdes de bonne femme, comme ses électeurs des Landes.

ténors ! —, n'hésiterait jamais à jeter dans la balance du Conseil quelques centaines de dollars.

En France, où de telles mœurs ne sont pas admises — comme la preuve dans les procès en diffamation ! —, nous aurions simplement *trois fonctionnaires médicaux de plus* au moins par canton ! Je demande, très sérieusement, qu'un député imite, au Palais-Bourbon, l'exemple du citoyen américain Parker.

Marcel BAUDOUIN.

OPHTALMOLOGIE

Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse.

Par le Dr Georges DESVAUX (d'Angers),
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Interne de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu,
Et de la Clinique oto-laryngologique de Lariboisière.

Suite (1).

La syphilis acquise peut cependant provoquer, quoiqu'exceptionnellement, l'apparition de kératites parenchymateuses.

C'est Desmazes qui en a publié les premières observations. Il cite plusieurs cas de MM. Fournier et Galezowski et deux qui lui sont personnels. Lacombe en cite 6 cas, Alexander 13, Haltenhoff 3, et Rable 3 également.

M. Panas accepte, quoique rare, la syphilis acquise comme cause étiologique de la kératite parenchymateuse. Il en cite 37 cas dans son traité d'ophtalmologie. MM. Galezowski, Parinaud, Trousseau, Valude, Trantas, de Constantinople, en ont publié plusieurs cas depuis. Nous-même en avons observé un cas.

M. Trousseau a recueilli sur cette question 10 observations des plus probantes, M. le Dr Millée en a également rapporté une observation à la séance du 9 février 1895 de la Société de Médecine de Paris.

M. A. Terson a observé un cas typique unilatéral, chez une femme qui avait eu la syphilis 8 ans auparavant. La guérison avec quelques néphélions a été obtenue en 5 mois par les injections de biiodure et d'iodure. Il y avait une légère iritis.

Cette kératite paraît plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Sur les 11 cas rapportés par M. Trousseau, celui de M. Millée compris, il y avait 8 femmes et 3 hommes. La kératite hérédo-syphilitique semblerait de même plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Mais cette kératite de la syphilis acquise, contrairement à ce qu'on rencontre dans celle due à la syphilis héréditaire, serait presque toujours unilatérale (9 fois sur 11, Pr Trousseau).

Les récidives seraient également très rares dans cette forme.

C'est presque toujours entre la fin de la première année, après l'infection et le commencement de la troisième, que naissent les accidents cornéens.

Le début de cette variété de kératite est insidieux ; la cornée ne s'opacifie que lentement, et les phénomènes réactionnels ne sont que modérés pendant la période d'état. M. Trousseau n'a jamais vu cette pénible photophobie, ce larmoiement intense et cette vive infection qu'on rencontre souvent dans la kératite de la syphilis héréditaire. La cornée ne se vascularise pas, ou elle ne se vascularise que sur une faible étendue, et le retour à la transparence s'effectue assez vite.

La durée est moins longue que dans celle de la syphilis héréditaire. De plus, la cornée se prend moins souvent en totalité : la kératite reste quelquefois partielle. L'iris est toujours pris assez violemment, et le corps vitré se remplit d'une fine poussière ; la choroïdite existe très souvent. Le dernier phénomène, qui persiste après le retour de la cornée à la transparence, est l'hyalitis.

Le traitement mercuriel agit mieux sur cette lésion cornéenne que dans la kératite hérédo-syphilitique.

La guérison de ces 11 cas de kératites dues à la syphilis acquise et suivis par M. Trousseau, a été obtenue, d'après cet auteur, en une période de temps variant entre cinq semaines et 3 mois. C'est une durée plus courte que celle des cas héréditaires, même favorables.

M. Trousseau rapporte le cas d'un enfant de huit ans qui, infecté par sa nourrice — c'est donc un syphilitique acquis — fut pris d'une double kératite parenchymateuse des plus graves et des plus longues, affectant l'allure des mauvaises, parmi les kératites héréditaires.

En général, on ne compte que 2 à 3 0/0 des cas de kératite parenchymateuse observés, qui seraient dus à la syphilis acquise.

(1) Voir le précédent Numéro.

Un argument qui présente une grande valeur sur ce point spécial, est la possibilité pour un sujet considéré comme hérédo-spécifique ou possédant les stigmates d'Hutchinson, de contracter la syphilis.

Les cas de réinfection syphilitique, quoique rares, sont admis maintenant par beaucoup d'auteurs. Citons, parmi ces cas, ceux observés par Clemente, par Aschner, par Mracek. Ce dernier en rapporte deux cas très typiques. Chez son premier malade, la réinfection syphilitique survint après dix ans d'intervalle. La seconde attaque fut plus sérieuse que la première, et il eut une récidive grave au bout de six mois sous forme de syphilide pustuleuse. Fitzgibbon (de Dublin) en rapporte un cas semblable observé en 1886. A. Bernard (de Liverpool) soigna un sujet pour la syphilis en 1876 et le revit en 1890 avec un chancre induré situé à la face interne du prépuce, suivi d'adénopathie inguinale droite. Budugoff Budagian a observé un homme âgé de 41 ans, atteint d'un chancre en novembre 1893, puis de roséole. Ce sujet avait eu un chancre induré en 1868 suivi d'une angine et de roséole (*Vracht*, n° 13, 1894, *Prov. med. Journ.*, 1er juin 1894); Ogilvie (de Londres) en rapporte également un cas très net.

D'après Ogilvie et Pflüger et d'après les observations de MM. Gley, Rochon-Duvigneaud et A. Terson, on a observé un processus analogue à cette kératite chez les animaux que l'on considère comme réfractaires à la syphilis. Haltenhoff a décrit cette affection chez les chiens, Rayer chez le cheval, Wagenmann et Hennicke chez l'ours, Pflüger chez les chèvres. Les observations de Wagenmann chez les ours et celles de Pflüger chez les chèvres sont intéressantes, parce qu'il s'agissait de cas nombreux et épidémiques.

A Sofia, on avait observé chez les ours une épidémie caractéristique de kératites parenchymateuses.

L'autopsie n'a donné aucun renseignement sur l'étiologie.

En examinant histologiquement ces yeux, Wagenmann a pu reconnaître, à Iéna, une grande concordance de ces lésions-là avec celles qui se produisent chez l'homme, et même, dans la partie antérieure du tractus uvéal, a pu démontrer des lésions très nettes. Comme l'autopsie n'a rien donné de certain, Wagenmann a accepté, comme cause de la maladie, un trouble de nutrition de la cornée.

Pflüger a observé l'éclosion en masse de cette maladie sur un troupeau de chèvres, qui était affecté d'agalaxie infectieuse, fièvre mycotique rhumatismale. Le troupeau se composait de 30 chèvres, et six seulement ont été épargnées. La maladie commença par une coagulation intra-mammaire du lait et une diminution rapide de la sécrétion. Puis, il se produisit une kératite diffuse et, une ou deux semaines plus tard, des localisations articulaires. Sur les 24 bêtes atteintes de cette maladie, 11 ont été atteintes bilatéralement. Il est intéressant de constater que dans ces différents cas, la kératite a été produite par une maladie infectieuse. Chez les chiens de Jœgger, chez les chèvres de Pflüger, chez les lapins de Leber, on a remarqué une forte pigmentation de la cornée. Wagenmann a vu cette pigmentation dans une kératite parenchymateuse produite artificiellement par la section des vaisseaux.

Comme ces animaux ont une certaine pigmentation dans le limbe, il est plus rationnel d'expliquer ce phénomène par une hypertrophie des cellules pigmentaires. Von Hippel donne à penser qu'après une production de sang dans la chambre antérieure, il s'est fait une pigmentation hématogène des couches profondes de la cornée.

MM. Gley et Rochon-Duvigneaud rapportent, dans les *Archives de physiologie* de 1894, plusieurs cas d'altérations oculaires chez des chiens thyroïdectomisés, altérations oculaires dont les principales ont été des kératites parenchymateuses.

En 1894, à la Société de Biologie, M. Gley rapporte de nouveau, avec M. Terson, un cas de kératite interstitielle survenue chez un chien diabétique à la suite de l'extirpation du pancréas. L'animal, depuis trois mois, éliminait de 70 à 110 grammes de glycose par jour et avait énormément maigri. Il s'agissait donc d'un diabète très grave. Il se produisit alors une double kératite d'abord diffuse; d'un côté, l'opacité s'est peu à peu centralisée et est devenue kératoconique, dépolie par suite de la chute de l'épithélium, sans véritable ulcération, et se laissant déprimer par le contact du stylet; de l'autre côté, les lésions ont été moins marquées; il ne s'est formé qu'une nébulosité centrale. Les parties qu'abandonnait peu à peu l'opacité sont redevenues transparentes.

Après la mort de l'animal, ses yeux ont été enlevés et placés, pour les faire durcir, dans le liquide de Baumgarten. Les résultats des examens microscopiques ont été de tous points comparables à ceux déjà décrits par MM. Gley et Duvigneaud sur les chiens thyroïdectomisés. Sur les deux yeux, on a constaté une infiltration cellulaire abondante; il n'y a pas eu

formation de vaisseaux à l'intérieur de la cornée. Le centre des cornées était la région la plus envahie par les leucocytes. Pas d'iritis. La chute de l'épithélium cornéen d'un côté semble secondaire, et il s'agit d'une kératite interstitielle à tendance bilatérale d'emblée.

La conservation de la sensibilité et la marche régressive de la lésion, éloignent l'idée d'une kératite neuro-paralytique. Il s'agit d'une kératite parenchymateuse, survenant chez des animaux cachectisés.

La tuberculose joue un grand rôle dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse. Rachet a observé un cas où, quatre mois après une kératite parenchymateuse, il s'est formé un abcès sur la cornée, abcès qui était d'origine tuberculeuse.

D'après un cas examiné anatomiquement par von Hippel et d'après les communications de Burstenbinder, Zimmermann, Albrandt, Bach suppose que la kératite parenchymateuse typique peut être déterminée par l'apparition de petits tubercules dans le ligament pectiné, ou sur la limite de la cornée et de la sclérotique. Il cite deux cas cliniques : le premier présentait une kératite parenchymateuse qui s'est terminée par une iritis, et par plusieurs tubercules sur les différents points du ligament pectiné. L'enfant était tuberculeux. Dans le second cas, il s'est également formé des tubercules dans le ligament pectiné. Burstenbinder donne trois cas, dans lesquels la kératite parenchymateuse était diagnostiquée par l'état général et les tubercules apparus dans l'iris.

Comme vrai cas de tuberculose, il faut citer celui de Michel, qui présentait une kératite parenchymateuse avec iritis. Le malade était phtisique. Les opacités de la cornée avaient en partie la forme de petites nodosités. Il n'y avait aucun signe de syphilis.

Sur 26 cas rapportés par von Hippel dans son travail, il y en a 8 dans lesquels la syphilis paraissait probable. *Dans les autres 18 cas, c'est la tuberculose qui était la cause de l'affection.*

Du reste, il est possible de voir une affection tuberculeuse de l'œil survenir chez un individu syphilitique héréditaire. Le cas bien connu de Perls en est une preuve. Il s'agissait d'un enfant d'un an et demi; le père était syphilitique. Il avait été atteint d'accidents secondaires et d'une gomme du testicule. L'enfant avait, dans la première année de sa vie, souffert de catarrhe des bronches et des intestins, mais il ne montrait pas de signes de syphilis. Le 15 octobre 1873 apparut une kérato-iritis, une grande nodosité, dans l'iris, un foyer jaune dans la cornée et une opacité de cette cornée. Les frictions ne modifièrent pas l'état de l'œil. L'état général resta pendant quelque temps satisfaisant. Le 18 novembre apparurent des crampes; le 21 il était mort. A l'autopsie, on trouva une tumeur dans le cervelet et le bulbe. Dans le hile du poumon droit, un paquet de ganglions caséeux avec des foyers suppurés, et une pneumonie caséeuse du lobe supérieur du côté droit. Il existait des foyers miliaires dans la rate et le foie. La recherche microscopique démontra la présence de cellules tuberculeuses géantes. Le fait est intéressant, parce qu'on voit une maladie de nature tuberculeuse chez un individu dont le père était syphilitique, et qui lui-même avait des signes de syphilis héréditaire (une zone irrégulière de prolifération de cartilage sur les côtes et sur le fémur).

Von Hippel a eu la chance d'obtenir, pour l'examen microscopique, les deux yeux d'un garçon de 15 ans, atteint depuis environ un an d'une kératite parenchymateuse et mort subitement d'une laryngite croupeuse. Ce n'est qu'au troisième jour après le décès qu'on lui permit d'énucléer les yeux; mais grâce à la température basse de la saison, les yeux étaient très peu altérés après la mort.

La kératite du malade de M. Hippel s'était distinguée par une marche particulièrement chronique et une faible tendance à l'éclaircissement.

Ce n'est que dans les dernières semaines de la vie qu'une amélioration sensible avait eu lieu.

Il s'agit donc du stade régressif de la kératite parenchymateuse.

Voici ce que l'examen microscopique a révélé :

1° Le tissu de la cornée était fortement relâché. Il existait une vascularisation abondante. De plus, il y avait des infiltrations cellulaires dans les différentes couches de la cornée.

2° Quoique la kératite eût dominé le tableau clinique, l'examen anatomique fit découvrir des altérations dans presque toutes les parties de l'œil, surtout à l'endroit des branches terminales des vaisseaux ciliaires.

3° Certains foyers présentaient absolument la structure tuberculeuse : ils contenaient des cellules épithélioïdes et des cellules géantes.

L'auteur penche donc à admettre pour ce cas une tuberculose atténuée (Leber), forme de tuberculose

qui peut guérir sans destruction des tissus. Bien qu'à l'autopsie on n'eût pas trouvé d'autres affections d'origine tuberculeuse, sauf peut-être quelques adhérences de la plèvre, M. Hippel croit trouver un appui pour sa manière de voir, dans le fait que la mère de son malade est morte de tuberculose et qu'un de ses frères était atteint d'une arthrite tuberculeuse.

« D'après M. Panas (1), l'indo-infection bacillaire n'exerce son action sur la cornée que d'une façon indirecte, par l'intermédiaire du tractus uvéal, qui en est le siège de prédilection. D'après des observations modernes, bien des kératites interstitielles réputées hérédo-syphilitiques semblent reconnaître l'origine tuberculeuse. D'une façon générale, on peut dire que toute kératite parenchymateuse ou profonde d'emblée, est diathésique, contrairement à celles qui débutent par la superficie et, comme telles, dérivent d'infections directes par voie externe.

Mentionnons à ce propos les intéressantes recherches que firent M. le Professeur Panas et son Chef de Laboratoire Vassaux, en 1885 (2), sur la tuberculose de la cornée. D'après eux, la tuberculose de la cornée, spontanée aussi bien qu'expérimentale, revêt la forme de certaines hépatiques dites strumeuses profondes ou réputées telles. Pour juger le débat, l'argument tiré de la non généralisation du tubercule dans les autres parties de l'œil et au reste de l'organisme, n'aurait plus de valeur. Car, d'après ces auteurs, l'inoculation de tubercule dans la cornée peut guérir, comme cela a lieu pour d'autres tuberculoses locales (testicule, articulations, os, tissu cellulaire et même poumon).

Dans l'ordre étiologique von Hippel classe à côté de la syphilis, la tuberculose du cercle ciliaire et de l'iris, puis le rhumatisme chronique, la goutte, la malaria, accessoirement le diabète et l'influenza. Il insiste sur la fréquence, non négligeable, des lésions qu'on observe à l'ophtalmoscope, après l'éclaircissement de la cornée, vers la limite antérieure du tractus uvéal, et dont le trouble cornéen ne serait, d'après lui, qu'une conséquence ; ainsi que cela s'observe du reste pour la scléro-choroïdite antérieure et certaines hydrophtalmies congénitales.

La tuberculose est après la syphilis, une des causes productrices les plus importantes de la kératite parenchymateuse. Mackenzie l'avait déjà remarqué et lui avait donné le nom de *cornéite* scrofuleuse.

Quant à la fréquence de la tuberculose dans cette étiologie les avis sont partagés.

Michel, Bougartz, Bach, Strubbell, Burstenbinder, Wagenmann, Vossius et von Hippel, ce dernier surtout, ont récemment insisté sur l'importance de la tuberculose dans l'étiologie de cette kératite. Et comme on l'a vu plus haut, von Hippel a eu l'occasion d'examiner anatomiquement un cas, dans lequel cette origine tuberculeuse était probable.

Ces cas dans lesquels on rencontre la tuberculose, sont rarement aigus et bilatéraux et ils rétrocèdent difficilement, même après une inflammation violente de plusieurs semaines. Ils commencent insidieusement et ne deviennent jamais bien aigus. Mais ils durent longtemps et laissent des lésions permanentes de l'œil. Ils sont la plupart du temps unilatéraux. Et ces cas là ne sont pas très rares, si l'on a soin de bien examiner les malades.

Pour notre part, nous avons observé plusieurs kératites parenchymateuses, dont l'origine tuberculeuse nous semble très nette. Nous en rapportons, du reste, les observations à la fin de ce travail.

La tuberculose joue donc, dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse, un rôle beaucoup plus important que celui qu'on lui attribue généralement.

Quant aux affections articulaires qui peuvent se rencontrer au cours de la kératite parenchymateuse, quelquefois elles la précèdent, d'autres fois elles la suivent, ou lui sont isochrones. Mackenzie dit qu'il a vu plusieurs fois, au cours d'une kératite tuberculeuse, un épanchement de la bourse séreuse qui se trouve au-dessous du tendon de l'extenseur crural.

Hutchinson a trouvé sur 102 cas, trois seulement d'inflammation des articulations du genou, deux cas de gonflement de l'articulation, un cas d'ankylose.

Forster est d'avis que les inflammations séreuses, qui atteignent surtout l'articulation du genou, ne sont accompagnées ni de douleur, ni de fièvre, qu'elles ne produisent jamais de gonflement considérable de la partie fibreuse ou de la tumeur blanche, et qu'elles cèdent à l'iodure de potassium au bout de 5 à 6 semaines.

Ces inflammations de l'articulation sont considérées comme spécifiques par Horner, Leplat, Hirschberg, Alexander, Ogilvie, Fuchs, Schwals; ce dernier les a

(1) Panas. — Rapport sur le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires. *Congrès d'Ophtalmologie*, 1897.

(2) Panas et Vassaux. — Etude expérimentale sur la tuberculose de la cornée. *Archives d'Ophtalmologie*, 1885.

trouvées dans les proportions de 14 0/0 parmi ses cas. Hutchinson dit en 1887 : « La kératite existe souvent ensemble avec une synovite chronique dans une ou plusieurs des grandes articulations. Plus souvent c'est l'articulation du genou qui est prise. On y voit un épanchement assez abondant, qui dure plusieurs semaines et qui est rarement suivi de douleur. L'exsudat se résorbe avec le temps et l'articulation reste libre ».

Maynard décrit un cas dans lequel le sujet syphilitique héréditaire, qui souffrait d'une kératite parenchymateuse, était frappé d'un épanchement dans l'une des articulations du genou, et après dans l'autre, pendant que la température est devenue élevée. Les ligaments étaient très tendus, les mouvements douloureux. Au bout de 9 mois on a constaté de la fluctuation dans l'articulation. D'après Maynard, il s'agirait ici d'un rhumatisme subaigu.

D'après Monastirsky, les affections articulaires syphilitiques peuvent être confondues avec des affections tuberculeuses, puisque les nodosités gommeuses qui se trouvent dans les ligaments et les synoviales ne sont pas toujours macroscopiques, mais prennent une forme miliaire.

Il est difficile, par le tableau clinique, de distinguer les affections articulaires d'origine syphilitique de celles qui ont pour cause la tuberculose.

Leber cite trois cas de kératite parenchymateuse avec des douleurs articulaires; l'un était un rhumatisme articulaire avec complications cardiaques; le second malade avait souffert plusieurs semaines d'une polyarthrite, et plus longtemps encore, d'une hydropisie; il n'y avait pas de signes nets de syphilis; le troisième cas, plus important, se trouve dans la pathologie des maladies articulaires de Riedel : un enfant, âgé de 15 ans, scrofuleux, avait, en 1876, une hydropisie dans l'articulation du genou droit. Il était guéri. En 1877, il fut atteint d'une autre hydropisie dans le genou gauche; il était soigné en même temps pour une kératite parenchymateuse. Vers le 19 octobre 1877, l'épanchement était assez abondant, mais une forte compression le faisait disparaître. Le 24 novembre, on constatait chez lui de nouveau du liquide et un épaississement général de la synoviale. Le 4 décembre, on fit une incision sur la partie externe et interne de l'articulation. La synoviale était rouge pourpre, gonflée. Dans l'intérieur, on trouva une épaisse membrane blanche. Dans le liquide, il y avait des corpuscules. La synoviale, extirpée du point le plus gonflé, avait la structure suivante: l'endothélium était presque intact, là où la fibrine pouvait être éloignée facilement, tandis que, sur les autres points, la couche cellulaire était adhérente à la fibrine. Entre les deux couches, on distinguait de petites cellules rondes, colorées par l'hématoxyline. Le volume de ces groupes cellulaires expliquait la présence des tubercules. On lui fit le traitement. En 1879, il se portait bien. Dix-huit ans après, il écrivait que son état était tout à fait satisfaisant. Ce malade avait de bonnes dents, la rate et le foie n'étaient pas augmentés de volume.

Arlt a observé dix fois, au cours de kératites parenchymateuses, des affections articulaires chez des sujets qui n'étaient pas syphilitiques.

Dans le cas rapporté par Burstenbinder, il existait une kératite parenchymateuse et un gonflement de l'articulation du genou chez un individu tuberculeux, et non syphilitique.

Von Hippel rapporte également plusieurs cas où la kératite coexistait avec des affections articulaires, et dans lesquels c'était la tuberculose qui était en cause. Dans un de ces cas, la kératite coexistait avec un rhumatisme articulaire.

Von Hippel arrive à cette conclusion que dans 30 à 50 0/0 des cas de kératite parenchymateuse, la syphilis n'est pas démontrée.

Léber, Michel, Mackenzie ont signalé l'influence du rhumatisme dans la kératite parenchymateuse. Leber en a cité un cas guéri par le salicylate de soude, chez un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu.

M. Panas a vu des kératites parenchymateuses chez des enfants issus de parents goutteux, ayant une hydarthrose du genou et qui ont été guéris par le salicylate de soude.

Boquin (1) en cite également trois cas : l'un, chez une fillette de 15 ans, atteinte d'hydarthrose du genou; une autre, consécutive à une sclérite chez une fillette rhumatisante, dont la mère l'était aussi; le troisième, chez une fillette de 12 ans, atteinte de rhumatisme un an avant.

Couzon (2) en publie aussi plusieurs cas dans sa thèse.

Achenbach a décrit récemment un cas de kératite parenchymateuse, observé à l'Université de Marburg, kératite survenue chez un malade de 41 ans qui, depuis

(1) Thèse. — Paris, 1883-84.

(2) Couzon. — Thèse, Paris.

trois ans, souffrait de douleurs rhumatismales violentes.

Breuer a cité un cas analogue observé à Giessen.

Richard Graeff a vu plusieurs cas où des personnes âgées avaient des kératites parenchymateuses greffées sur une affection rhumatismale. En général, ces formes-là sont bénignes.

(A suivre).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE.

La séance du 22 février à l'*Académie de Médecine* a été des plus calmes. Peu de membres présents, la fête, Mardi gras, qui bat son plein au dehors, ayant attiré loin de l'Académie nos austères académiciens. Néanmoins quelques communications ont été apportées, et l'éternelle discussion sur le **vésicatoire** a continué comme si elle n'avait jamais été commencée.

Voici donc d'abord la communication de M. F. Combemale sur l'**emploi de l'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques**. Ce médicament est constitué par une poudre blanchatre, facilement déliquescente, insipide, soluble dans l'eau et l'alcool. Malgré ces qualités physiques très prisées pour un médicament, et pour la commodité de son emploi, l'auteur a fait faire des pilules de 10 centigr.; à cette dose, l'effet antisudoral est certain. Grâce à ce moyen thérapeutique, l'auteur a obtenu d'excellents résultats, notamment chez les grands cachectiques, que la diarrhée et les sueurs profuses menaient à grands pas au tombeau. Une seule dose de 10 centigr. tarit définitivement les sueurs et la dénutrition rapide se ralentit.

« Je rapprocherai volontiers, dit l'auteur, de ces cas, parce qu'il est aussi probant, celui d'une lymphadénique en proie à des sueurs excessives quotidiennes, que l'atropine, l'acide camphorique, l'agaricine ne refrénaient qu'avec peine; durant les deux mois que j'ai pu la suivre, une dose tous les trois jours prévenait l'hypercrinie sudorale. Des tuberculeux indurés ou ramollis, de vieux tousseurs nocturnes par ectasie bronchique, bronchite chronique, emphysème, ont vu souvent la moiteur généralisée, qui accompagnait leurs accès, ne pas se montrer de deux à trois jours après une seule prise de 10 centigr., exceptionnellement de 20 centigr., et quand elle reparaissait, céder définitivement pour plus d'un mois, après quatre prises successives. Jamais je n'ai administré le médicament plus de sept jours de suite; j'estime du reste que, lorsqu'au quatrième jour, l'acétate de thallium n'a pas produit l'effet désiré, il est inutile d'insister; il s'agit de l'un de ces cas rebelles, qui se montrent dans les proportions de 1 sur 15. J'avais, du reste, l'habitude, comme pour les autres antisudoraux, de faire ingérer la dose, après étude du cas, une heure environ avant le moment présumé de l'apparition des sueurs. Puisque l'acétate de thallium a une valeur clinique incontestable, la question des inconvénients qu'il peut présenter a son intérêt. Mes doses, même accumulées, n'ont jamais été toxiques. Je dois cependant signaler des faits singuliers. Consécutivement à l'emploi de l'acétate de thallium, au début de mes recherches, une alopécie rapide survint chez deux tuberculeux: l'un, après onze prises espacées en un mois, perdit en huit jours tous ses cheveux; l'autre, chez qui les cheveux tombaient déjà, devint totalement chauve en quarante-huit heures, après avoir absorbé 80 centigr. d'acétate de thallium en un mois. Désagréablement surpris, je saisis les occasions d'étudier les raisons et les conditions de cette subite alopécie; coup sur coup trois autres phtisiques me permirent de modifier mon opinion.

« Chez ces trois tuberculeux avancés, les sueurs étaient abondantes à la tête surtout, et leurs cheveux s'éclaircissaient beaucoup, quand l'acétate de thallium fut prescrit; une prise ou deux suffisent, pour venir à bout de leurs sueurs, qui ne reparurent plus de quinze jours, et en même temps, cessait la chute de leurs cheveux. Un sixième fait se présenta à mon observation. La leucocythémique, dont j'ai parlé, perdait aussi ses cheveux, mais lentement; elle devint complètement chauve lorsqu'elle eut pris une dizaine de pilules. J'ai tendance à conclure de ces faits, que c'est seulement à la suite de l'emploi prolongé ou de doses fréquemment répétées d'acétate de thallium, que l'alopécie survient véritablement foudroyante, et uniquement chez ceux dont les cheveux étaient déjà fragiles. J'ajouterai que chez la première de nos malades, si brutalement privée de sa maigre chevelure, les cheveux ont repoussé ensuite en trois mois, bien plus drus qu'auparavant. En résumé, il peut donc y avoir inconvénient à employer l'acétate de thallium; mais en restant dans les faibles doses, en ne dépassant pas quatre prises consécutives, on évite cet inconvénient dans la majorité des cas. Enfin, en terminant, je signalerai ce point important, que l'effet obtenu avec l'acétate de thallium sur les sueurs, l'est au moins pour deux jours, bien souvent pour plus de dix jours ».

Voici maintenant la **discussion sur le vésicatoire** : M. Ferrand, un « vésicatorien... modéré », revient sur cette question et s'en excuse, d'ailleurs; mais il ne saurait s'empêcher, surtout en ce jour où, au dehors, les « arguments en papier » répondent aux arguments, de lancer à son tour une pluie de confetti sur M. Huchard. Après avoir discuté les expériences qu'on lui oppose, et qui ne s'appliquent pas au vésicatoire, il conclut que toute irritation de la peau présente des dangers; mais la

peau elle-même n'a-t-elle pas ses moyens de défense? Le derme d'abord, puis les couches dermiques avec leurs bataillons de phagocytes : « La révulsion, dit l'orateur, est la lance enchantée, qui guérit les plaies qu'elle provoque, car elle appelle des formations nouvelles qui concourent à la défense de toute l'économie. Le vésicatoire est un fait, qui a vu passer bien des générations et qui survivra à la nôtre ».

M. Mignot (de Chantelle), lui, est un vésicatorien terrible, un révolutionnaire du vésicatoire, dont il fait un véritable panégyrique : c'est la meilleure arme qui permettra de renverser tout ce qu'on pourra lui opposer, surtout en campagne. C'est le meilleur traitement des affections bronchiques, pulmonaires, pleurales, articulaires, dans l'atonie musculaire, les engorgements ganglionnaires. C'est le vésicatoire qui.... c'est lui que...., etc., etc.

Après un tel déchaînement de passion, avouez qu'il fallait être bien hardi pour prendre la parole sur cette question. Aussi M. Berger vient-il clore la séance en présentant son rapport sur une observation de M. Kirmisson intitulée : **Note sur un cas de maladie kystique du testicule.** Il s'agit d'une tumeur développée en quelques mois dans le testicule d'un enfant d'un an. Cette tumeur, constituée uniquement par des kystes, était dépourvue de tissu testiculaire. Les kystes étaient tapissés uniquement par un épithélium à cellules aplaties. Par places, il y avait pénétration de l'épithélium dans le tissu conjonctif péricanaliculaire, disposition rappelant cet épithélioma du carcinome. C'est là un fait curieux, qui n'a pas encore été signalé. L'auteur se demande s'il ne doit pas considérer cette tumeur comme étant de nature embryonnaire, étant donné l'âge de l'enfant. Enfin, fait également remarquable, il faut signaler la bénignité de cette tumeur qui, au point de vue histologique, devrait être considérée comme maligne. L'enfant est, en effet, guéri depuis plus de deux ans. La séance est levée.

Une séance habituelle de l'*Académie de Médecine* a eu lieu le 1er mars. Beaucoup de monde cette fois. Cela se comprend d'ailleurs : le procès-verbal annonçait l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la première section! Ce sont les élections qui attirent le plus l'attention. Personne ne dit mot; seule, la voix grave du Président, qui appelle les académiciens au scrutin, résonne sous les voûtes antiques. Aussitôt les élections terminées et les discussions scientifiques reprises, les murmures recommencent, les conversations éclatent, et la voix des orateurs se perd dans la rumeur générale. Voilà exactement la physionomie de cette séance, où ont été élus **membres correspondants nationaux** : M. Folet (de Lille), par 43 voix sur 78 votants, et M. Hache, par 45 voix sur 74 votants.

Enfin la séance se termine par la suite (quo usque tandem...?) de la **discussion sur le vésicatoire.** C'est M. Huchard qui prend la parole, et qui, en un discours vraiment... vésicant, s'élève contre la fureur vésicante. Se basant sur des observations, dans lesquelles une goutte même de cantharide administrée a produit des accidents très graves chez des néphritiques artério-scléreux, M. Huchard jette le cri d'alarme. Pour répondre à M. Robin, il dit qu'il y a des moyens inoffensifs, autres que le vésicatoire, qui sont capables d'augmenter les oxydations (bains-enveloppements mouillés). Il fait la nomenclature des accidents mortels survenus à la suite de l'application du vésicatoire. Bref, ce n'est plus la lance enchanteresse, dont on nous avait parlé dans les séances précédentes, mais une lance néfaste, capable seulement d'envoyer *ad patres* les malades qu'elle atteint, surtout ceux atteints d'affections microbiennes. On nous a parlé du vésicatoire oxydant, résolvant, purifiant; on nous parle aujourd'hui du vésicatoire déprimant, infectant, débilitant. Malgré le talent de M. Huchard, je crains qu'on ne nous parle bientôt du vésicatoire narcotisant.

II. — LA CHIRURGIE.

A l'*Académie de Médecine* (1er mars), M. Gariel a présenté un **appareil qui permet, à l'aide de la radioscopie, de déterminer la place d'un projectile dans une région du corps.** M. Faure a lu une communication sur le **traitement opératoire de la paralysie faciale déterminée par traumatisme intra-rocheux. Anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal.**

Le procès-verbal de la séance du 23 février de la *Société de Chirurgie* appelait tout d'abord la communication de M. Picqué sur le **traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.** Suivant l'orateur, ce traitement est variable suivant les cas; car il faut tenir compte de l'état de mobilité de l'articulation. Si celle-ci est mobile, la simple ostéotomie suffit; dans le cas contraire, c'est à la résection qu'il faut recourir.

M. Tuffier a fait la section des os au niveau même de la fracture, dans deux cas de fracture de Dupuytren mal consolidée.

M. Quénu est intervenu sept ou huit fois en pareille circonstance. Une seule fois l'ostéotomie a réussi; dans les autres cas, il a fait la résection.

M. Nélaton fait observer que, dans un cas cité par M. Picqué, il s'agissait de fracture mal consolidée avec subluxation du pied en arrière; or ce qui dominait, c'était la luxation. L'indication était donc de réduire à n'importe quelle époque, et il n'y a pas de comparaison à établir, en pareil cas, avec les suites d'une fracture de Dupuytren.

Au sujet du **traitement chirurgical des abcès du foie,** dont la discussion s'était engagée dans les séances

précédentes, M. Fontan vient exposer sa méthode. Celle-ci consiste dans l'ouverture large et le curettage du foyer purulent, après suture pleuro-pleurale ou hépato-abdominale, suivant les cas. Ces abcès siègent, le plus souvent dans le lobe droit du foie, ce dont il faut être bien prévenu pour choisir le lieu de l'incision.

M. Nélaton fait ensuite un rapport sur une observation de M. Paul Delagénière (Tours) ayant trait à une **luxation de l'épaule traitée par l'arthrotomie**. Il s'agit d'un homme qui, dans une chute, s'était fait une luxation sous-coracoïdienne, compliquée d'une fracture de l'épine de l'omoplate, et qui ne fut vu par M. Delagénière que trois mois après l'accident. Celui-ci fit l'arthrotomie, brisa le cal vicieux de l'épine de l'omoplate, et essaya de remonter, mais en vain, l'acromion. Il coupa ensuite tous les muscles s'insérant sur la tête humérale; mais la réduction fut incomplète. Celle-ci ne fut possible qu'après l'ablation d'un abondant tissu ostéo-fibreux comblant la cavité glénoïde. La réduction, depuis l'opération, s'est maintenue; mais il persiste des douleurs dans le bras. M. Delagénière admet que, dans toute luxation irréductible de l'épaule, il faut faire simultanément l'arthrotomie et enlever les obstacles qui empêchent la réduction. Pour M. Nélaton, il faut distinguer, au point de vue du traitement, trois variétés de luxations irréductibles de l'épaule : 1° les luxations primitivement irréductibles. Ces luxations sont justiciables de l'arthrotomie; 2° les luxations plus anciennes, secondairement irréductibles, dans lesquelles l'irréductibilité tient à l'étranglement de la tête par les lèvres de la déchirure capsulaire. Il faut alors faire le débridement sur les lèvres de cette capsule et la réintégration de la tête humérale a facilement lieu; 3° les luxations anciennes, encore secondairement irréductibles : outre l'étranglement de la tête humérale, on constate, dans ce cas, la rétraction de la capsule. Il n'existe plus de cavité glénoïde et, de plus, il s'est produit des déformations osseuses. C'est la résection de la tête humérale qui s'impose alors.

Quatrième communication concernant la **pathogénie des lithiases salivaire et biliaire**. M. Hartmann communique son rapport sur deux travaux, l'un de M. Loison, l'autre de M. Mignot. Celui de M. Loison concerne l'ablation d'un calcul du canal de Wharton. Sur l'examen de ce calcul, nous ne retiendrons qu'un point, c'est la présence, au centre du calcul, du streptocoque. Dans le travail de M. Mignot, où sont relevés 70 cas, la présence de microbes, et en particulier du coli-bacille, a été signalée 23 fois dans les calculs biliaires; en même temps, on l'a également constatée plusieurs fois dans la bile. L'auteur s'est attaché à démontrer par l'expérimentation la nature infectieuse de ces calculs, et, par des cultures de coli-bacilles, il est arrivé à déterminer la formation de calculs ayant absolument la même structure que ceux qui se forment spontanément dans les voies biliaires. La lithiase biliaire est donc d'origine infectieuse. M. Hartmann ne croit pas à l'existence d'une lithiase biliaire diathésique.

Enfin M. Picqué vient clore la séance par une communication assez intéressante sur le **délire psychique post-opératoire** dont des exemples récents ont été publiés par Mairet, Polaillon, Le Dentu, Pozzi, Régis, etc. L'orateur en a observé lui-même un certain nombre de cas. Il faut savoir que l'état antérieur du malade influe beaucoup sur l'éclosion de la psychose, indépendamment de l'acte opératoire. Il faut éliminer aussi les délires provoqués par les anesthésiques, les antiseptiques, les circonstances post-opératoires (infection, septicémie), les intoxications chroniques (alcool), etc. Ce sont là de faux délires post-opératoires. Toutes les opérations, même les plus simples, peuvent produire les psychoses; cela arrive plus fréquemment, il est vrai, chez les enfants, les vieillards, les hystériques et les prédisposés héréditaires. C'est la forme mélancolique aussi qui est la plus fréquente. Elle est susceptible de guérison.

Quelques présentations de malades. — Celui de M. Schwartz, atteint de **tumeur blanche du pied**, traité par le traitement conservateur. Deux malades de M. Richelot, qui ont subi la **tarsectomie**. Une malade de M. Lejars, chez laquelle il a été fait une **cholécystostomie par la voie lombaire**. M. Guinard présente un **diverticule de Meckel ayant produit de l'étranglement intestinal**. Ce diverticule a une longueur de 23 centimètres. M. Th. Auger présente la photographie d'un **adéno-sarcome du sein**. Enfin, M. Quénu présente deux pièces de **carcinome rectal**. M. Quénu a enlevé les tumeurs par la voie périnéale. Séance bien remplie, avouons-le. Nous avons voulu donner, avec détails, chacune des communications, à cause de l'intérêt que, cette fois, elles présentent.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Pietro Pagello (de Bellune).

Un médecin, inconnu de la grande majorité des praticiens français, vient de disparaître en Italie. Il joua pourtant, jadis, un rôle curieux dans l'histoire des lettres françaises. C'est le Dr Pietro Pagello (de Bellune). Il succombe à l'âge de 91 ans; et ceux que la question intriguerait pourront trouver son portrait dans la *Chronique Médicale* du 1er mars 1898.

Depuis que MM. le Dr Cabanès et Paul Marieton nous ont conté l'*Histoire d'amour* qui l'a rendu célèbre, tous ceux qui sont au courant des petits potins médicaux savent que Pagello fut l'amant de George Sand, à l'époque

où celle-ci alla visiter Venise en compagnie d'Alfred de Musset. Il demeurera longtemps encore le prototype du *Médecin amoureux* (1). Il faut insister surtout sur sa *discrétion*, devenue légendaire. A l'âge de 89 ans seulement, en effet, bien après la mort de ses deux comparses, il se résolut à faire connaître au monde étonné la faveur extraordinaire dont il fut l'objet de la part de George Sand. Encore fallut-il qu'un confrère habile, fureteur endiablé, allât le dénicher dans sa retraite, au milieu de ses chers souvenirs!

Les journaux italiens consacrent à peine quelques lignes à la nécrologie du Dr Pagello. Il n'a vraiment, pour eux, vécu qu'un jour, celui où, en 1833, il fit la conquête de G. Sand sur Alfred de Musset. « Pour ceux qu'intéresse ce roman vécu, peut-être le plus curieux du siècle, il est heureux que Pagello l'ait raconté avant de mourir avec une sorte de candeur qui prouve qu'il n'y a jamais rien compris : tel un pâtre de Crète ou de Sicile favorisé du caprice d'une déesse ! Pagello déclare que cette histoire lui était devenue comme étrangère, et que la nouvelle même de la mort de George Sand ne réveilla en lui que des souvenirs dont il était parfaitement détaché. La vie du Dr Pagello, pendant les soixante et quelques années qu'il se survécut, fut des plus unies et des plus simples : il était chirurgien à l'Hôpital de Bellune, bon naturaliste, père d'une florissante famille, et il tournait le sonnet fort agréablement ».

Ajoutons que ce bel homme était un homme bon et un esprit d'élite. Je crois bien qu'il n'y a guère que chez les médecins qu'on trouve assemblées d'aussi rares qualités!

Dr D.-M.

VARIÉTÉS

L'affaire Laporte.

La semaine dernière, devant la 7e chambre de la Cour d'appel, jugeant correctionnellement, M. le Dr Laporte, a fait appel du jugement de la 9e chambre qui l'a condamné à trois mois de prison avec application de la loi Bérenger pour homicide par imprudence sur la personne de Mme Fresquet.

L'audience a débuté par le rapport de M. le conseiller Ayrault, rapport qui se borne à exposer les faits sans appréciation dans aucun sens. Ensuite M. le président Pottier a commencé l'interrogatoire de M. Laporte, qui s'est défendu avec énergie et précision.

Me Henri Robert était à la barre; et c'est M. l'avocat général Blondel qui occupait le siège du Ministère public. Il a conclu à l'acquittement pur et simple.

(1) Baudouin (M.). — *Les Médecins amants.* — *Progrès Médical*, 1896 et 1897.

L'affaire Grimaux.

D'après le *Temps*, la mise en congé d'office de M. Grimaux, suite de l'affaire Zola, ne serait pas motivée. L'un de nos confrères nous apprend que M. Grimaux a été frappé « *pour avoir déposé en faveur des accusés dans un procès en diffamation contre l'armée* ». Quelle que soit, en cette matière, l'autorité des informations de l'*Eclair*, il est difficile de considérer cette explication comme fondée. Les témoins d'assises déposent après avoir prêté le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Ils ne peuvent être recherchés, ni punis, à raison de leur témoignage, que si ce témoignage est faux. Si un citoyen quelconque, dont la fonction, la profession ou le métier le place plus ou moins dans la dépendance de l'Etat, court le risque d'être inquiété dans ses intérêts, au cas où sa déposition déplairait aux puissants du jour ou irait contre un courant populaire, ce citoyen pourra assurément parler sans haine, mais non sans crainte, comme la formule même du serment l'y oblige. Est-ce alors, comme le dit l'*Eclair*, le fait d'avoir déposé en faveur des accusés? Mais il n'eût pu faire autrement sans aller contre sa conscience, c'est-à-dire contre la loi elle-même. On dira peut-être qu'il aurait pu ne pas se présenter; mais les officiers cités, après avoir eu cette pensée, ont compris qu'ils n'y pouvaient persister et se sont rendus à la réquisition de la Cour ! *(Temps)*.

Samedi dernier, au début de la séance de la *Société de Biologie*, à laquelle appartient M. Grimaux, les membres présents résolurent de donner à ce dernier une marque de sympathie dès qu'il entrerait dans la salle de leurs réunions. En effet, lorsque M. Grimaux parut, les quarante membres présents se levèrent, et M. Charles Richet prononça l'allocution suivante :

« Messieurs, à la Société de Biologie, nous avons un usage touchant, c'est de féliciter dans leur triomphe ceux de nos collègues à qui vient de survenir un événement mémorable, une nomination, une décoration, une dignité quelconque. Aujourd'hui, c'est à notre collègue, notre Maître, notre ami, M. Grimaux, que nous tenons à adresser l'hommage de notre affection. Il a été durement frappé; nous n'avons pas à apprécier cet acte; mais nous tenons à lui dire quelle admiration, quelle sympathie, quel respect nous avons tous ici pour lui ».

M. Grimaux, très ému, a prononcé quelques mots de remerciement : « Certes, dit-il, la loi a été violée en ma personne, car on ne poursuit pas des témoins qui déposèrent selon leur conscience, en toute loyauté, en toute honnêteté... J'affirme, en effet, que j'ai écouté seulement la voix de ma conscience. J'avais juré que je dirais la vérité et je l'ai dite... Je suis prêt à toujours faire mon devoir de la même façon! »

A l'issue de la séance, l'adresse suivante est votée en l'honneur de M. Grimaux par ses collègues :

« Mon cher collègue, les membres de la Société de Biologie tiennent à honneur de vous adresser leur profonde sympathie au moment où vous êtes si durement atteint ».

Cette adresse a été signée à l'unanimité des quarante membres de la Société de Biologie présents à la séance, moins cinq abstentions.

A la séance de lundi dernier, à l'*Institut*, démonstration analogue. — M. Grimaux va soumettre son cas au Conseil d'Etat. Il est résolu à aller jusqu'au bout.

Faculté de Médecine.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE INTERNE.

Le concours de l'Agrégation de médecine vient de se terminer par les nominations suivantes :

Paris : MM. TEISSIER, THIROLOIX, VAQUEZ, DUPRÉ et MÉRY. — *Bordeaux :* MM. HOBBS. — *Lille :* MM. CARRIÈRE et DELÉARDE. — *Lyon :* MM. PIC et PAVIOT. — *Montpellier :* MM. RAYMOND et VIRES. — *Toulouse :* M. FRAENKEL.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'Internat.

Ont été nommés, à la suite du concours qui vient de se terminer, internes des hôpitaux de Paris, les candidats dont les noms suivent (ordre de mérite) :

Internes titulaires. — MM. Guillain, Lœper, Poulain, Guéniot, J. Girard, Pagniez, Durand-Viel, Duval, Petit, H. Bourgeois, Bonnel, Lenglet, Desjardins, Géraudel, Léo, Boricand, L. Roche, Toupart, Brécy, Pestemalzoglu, Jeannin, Sikora, Chifoliau, Loubet, Ferrand, Esmonet, Lejonne, Auffret, Gouraud, Mousseaux, Blandin, Neveu, Deschamps, Monod, Babonneix, Maubert, Stanculéanu, Tesson, Croisier, Gauchery, Guisez, Milhiet, H. Berthier, Lacapère, L. Le Sourd, Férouelle, Lippmann, Ribière, Chauveau, Alglave, Janot, Herscher, A. Degorce, Lamouroux, Sicard, Kendirdjy, Géraud, Judet, Labbé, Leroy, Manté, Bisch, Quiserne, Levesque, Heitz, Cathelin.

Internes provisoires. — MM. J. Lévy, Prat, Elias, G. Weill, Silhol, Tourlet, F. Le Sourd, Huguier, Morichau-Beauchamp, Cathala, Audistère, E. Coudert, Guimbal, Katz, Balthazard, Pédebidou, Bosvieux, Guibal, Meuriot, Lefas, B. Weil, Robert, du Pasquier, Roché, Pamard, Léri, Grenet, Sabatié, Laubry, Nollet, Kahn, Armand-Delille, Gauckler, Dambrin, Godineau, Daniel, Gougis, Follet, Tardiff, Nicaise, Gennet, M. Bertrand, Mircouche, Chevalier, Gasne, Mlle Pariselle, L. Moret, Chevrey, Voisin, Saint-Cène, Bentz, Girod, Legros, Detot, Chapotin, Lance, Sébilleau.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours de Médecine opératoire.* — M. le Professeur TERRIER commencera le cours de médecine opératoire le lundi 7 mars 1898, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, lundis et vendredis suivants, à la même heure. — Nous publierons ici-même plusieurs leçons de M. Terrier.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de Médecine.* — Le jury du concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le lundi 7 mars prochain, est actuellement composé de MM. Proust, J. Simon, Talamon, Roger, Du Castel, Gilles de la Tourette et G. Marchant.

Ecole du Service de santé militaire de Lyon. — Le *Journal officiel de la République française* publie, dans son numero du 24 février 1898, l'instruction ministérielle pour le concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire, qui doit s'ouvrir le 1er juillet prochain. — La liste d'inscription sera close le 11 juin prochain au soir, terme de rigueur.

Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes en 1898. — Le neuvième Congrès français des Médecins aliénistes et neurologistes s'ouvrira à Angers, le lundi 1er août 1898, sous la présidence de M. le Dr Motet, membre de l'Académie de Médecine. Voici les questions mises à l'ordre du jour : *1° Les troubles psychiques post-opératoires; 2° Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux; 3° Les délires transitoires au point de vue médico-légal.*

Epidémie de rougeole et de scarlatine à Tours. — Depuis une huitaine de jours, les troupes de la garnison de Tours sont très éprouvées par une violente épidémie de rougeole et de scarlatine.

Ces maladies sévissent surtout au 66e de ligne et au 3e régiment de cuirassiers.

Dans ces deux régiments, quelques décès se sont déjà produits et une centaine d'hommes leur appartenant sont en traitement à l'hôpital. Un nombre presque égal est à l'infirmerie. On n'a pas encore eu à déplorer de décès au 32e de ligne où plusieurs hommes sont atteints de la fièvre scarlatine.

L'autorité militaire va prendre des mesures énergiques pour enrayer l'épidémie. Elle serait même disposée, dit-on, à envoyer tous les hommes valides au camp du Ruchard, malgré la mauvaise saison.

Un nouveau sucre : le gentianose. — On découvre tous les jours de nouveaux savons; mais découvrir de nouveaux sucres, c'est chose plus malaisée. MM. Em. Bourquelot et L. Nardin ont signalé à l'Académie un nouveau sucre, le gentianose. Ce produit analogue au sucre de canne se présente en lamelles quand on le fait cristalliser entre deux lames de verre. Il ne renferme pas d'eau de cristallisation. Il donne des solutions aqueuses complètement incolores et, chauffé sur une lame de platine, il brûle sans laisser de résidu. Il fond à 207-209°; enfin il est dextrogyre.

Nécrologie. — M. le Dr Theophilus PARVIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie au Collège médical Jefferson, est décédé à Philadelphie le 29 janvier, à l'âge de 69 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Tout ouvrage ayant trait à la Médecine et aux Sciences Biologiques, qui sera envoyé, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris, sera analysé dans la *Gazette Médicale de Paris*, dans le plus bref délai possible, avec tous les détails nécessaires.

HAYEZ, imprimeur de l'Académie royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique. — 112, rue de Louvain, Bruxelles.

DEPAGE. — **Résultats éloignés de la résection du rectum pour cancer. Quelques considérations sur la technique opératoire.** — Brochure in-8° de 12 pages. Bruxelles, 1898.

DEPAGE (A.). — **De l'emploi des injections d'eau salée en chirurgie.** — Brochure in-8° de 16 pages. Bruxelles, 1897.

STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

DESVAUX (Georges). — **Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse.** — Brochure in-8° de 150 pages. Paris, 1898.

AGENCE CENTRALE
DE LA
Presse Scientifique Internationale
Paris. — 93, boulevard Saint-Germain, 93. — Paris

PETITES ANNONCES DE L'AGENCE

SERVICE SPÉCIAL
A LA
Gazette Médicale de Paris

TÉLÉPHONE : n° **810.53**. — ADRESSE TÉLÉGRAPHIQUE : **APS** — **Paris.**

Tout Abonné a droit, **gratis**, *à une annonce de deux lignes par année. — La deuxième annonce et les suivantes se paient à raison de 0 fr. 25 la ligne. — Pour les personnes non abonnées, l'insertion est cotée à 0 fr. 50 la ligne.*

N° 1. — **UN MÉDECIN** *demande à acheter des numéros dépareillés de l'*Index Medicus. — *On offre des prix exceptionnels, pour pouvoir compléter une collection. — S'adresser au Journal.*

N° 2. — **L'INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE** demande des Correspondants étrangers à Berlin, Saint-Pétersbourg et Vienne. — S'adresser à l'Institut, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Voyages dans les Pyrénées.

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations thermales et hivernales des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er *Itinéraire.* — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

2e *Itinéraire.* — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris, (*viâ* Montauban-Cahors-Limoges *ou viâ* Figeac-Limoges).

3e *Itinéraire* — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris, (*viâ* Montauban-Cahors-Limoges, *ou viâ* Figeac-Limoges).

Durée de validité : 30 jours. — Prix des billets ; 1re Classe 163 fr. 50 c. — 2e Classe 122 fr. 50 c. — Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide de la Compagnie, dont l'envoi gratuit est fait sur demande adressée à l'Administration centrale, 1, place Valhubert, Paris.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Tout étudiant en médecine, qui enverra à la *Gazette Médicale de Paris*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, deux exemplaires de sa thèse de doctorat, aura droit *gratis* à un abonnement d'un an, à la seule condition d'en adresser la demande écrite aux bureaux de l'*Institut de Bibliographie*, 93, boulevard Saint-Germain.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le Dr R... (Paris). — La table de 1896 n'a pas été publiée par l'ancienne administration, elle le sera ultérieurement.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Marcel BAUDOUIN.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.